

COPING STRATEGIES AMONG NURSES DURING THE COVID-19 OUTBREAK

STRATEGIE RADZENIA SOBIE STOSOWANE W GRUPIE PIEŁĘGNIAREK PRACUJĄCYCH W WARUNKACH PANDEMII COVID-19

Joanna Marta Biegańska-Banaś^{A,B,D}, Marta Makara-Studzińska^{A,E,F}

Department of Health Psychology, Institute of Nursing and Midwifery, Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland
Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków, Polska

Authors' contribution:

A. Study design/planning • B. Data collection/entry • C. Data analysis/statistics • D. Data interpretation • E. Preparation of manuscript • F. Literature analysis/search • G. Funds collection

Address for correspondence:

Dr. Joanna Marta Biegańska-Banaś
Department of Health Psychology
Institute of Nursing and Midwifery
Jagiellonian University Medical College
Krakow, Poland
e-mail: bieganskajm@gmail.com

SUBMITTED: 27.04.2020

ACCEPTED: 27.04.2020

DOI: <https://doi.org/10.5114/ppiel.2020.96088>

ABSTRACT

The SARS-CoV-2 coronavirus pandemic, which is responsible for COVID-19 disease, is a catastrophic global crisis, which is the background for individual emotional crises. One of the most vulnerable groups are medical staff, including nurses – especially those who are professionally most active during the pandemic. Preventive measures that have been taken in Asian countries in this target group include mainly problem-focused strategies. These are the same strategies that have already been used by Polish nursing teams in difficult work-related situations. The skills and potential of nursing teams aimed at activating these strategies during the epidemic will constitute a significant indicator of constructive coping with the crisis, not only in the case of individuals but also on a nationwide or even universal scale.

Key words: stress, crisis, coping strategies, pandemic.

STRESZCZENIE

Pandemia koronawirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19 nosi znamiona kryzysu katastroficznego, w którym na tle kryzysu globalnego obserwowane są indywidualne kryzysy emocjonalne. Jedną z grup narażonych na znaczne ryzyko ich wystąpienia są pracownicy medyczni, w tym pielęgniarki i pielęgniarze, a najsilniej – aktywni zawodowo w czasie pandemii. Działania zaradcze w tej grupie zawodowej podejmowane w krajach azjatyckich obejmują przede wszystkim strategie skoncentrowane na problemie. Są to zarazem strategie powszechnie uruchamiane przez polskie zespoły pielęgniarskie w przypadku trudnych sytuacji zawodowych. Umiejętność i możliwość ich uaktywnienia przez zespoły pielęgniarek i pielęgniarzy w dobie serii zachorowań epidemicznych będą stanowiły istotny wskaźnik konstruktywnego poradzenia sobie z kryzysem nie tylko w wymiarze indywidualnym, lecz także ogólnokrajowym, a wręcz ogólnoludzkim.

Słowa kluczowe: stres, kryzys, strategie radzenia sobie, pandemia.

PANDEMIC AS A CRISIS

In November 2019 an epidemic outbreak of COVID-19 was identified in Wuhan, the capital city of Hubei province in central China. On 11 March 2020 it was recognised as a coronavirus pandemic by the World Health Organisation (WHO) [1]. Until mid-January 2020 it was mostly Wuhan that was affected, but later the disease spread all over China. In the second half of February epidemics broke out in South Korea, Italy, and Iran. On 13 March 2020 the WHO announced that Europe had become the virus epicentre. Scientists started research into the

SYTUACJA PANDEMII JAKO KRYZYS

W listopadzie ubiegłego roku w miejscowości Wuhan w prowincji Hubei w środkowych Chinach wystąpiła seria epidemicznych zachorowań na COVID-19. 11 marca 2020 r. Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organisation – WHO) ogłosiła pandemię koronawirusa [1]. Do połowy stycznia 2020 r. zachorowania dotyczyły przede wszystkim miasta Wuhan, po czym rozprzestrzeniły się w całym Chinach. W drugiej połowie lutego ogniska zakażeń wybuchły w Korei Południowej, Włoszech oraz Iranie. 13 marca 2020 r. WHO ogłosiła Europę epicentrum pandemii.

virus, its characteristics, deadliness, and origin [2], whereas the media and public health officials started a permanent and intensive campaign full of critical information [3]. In this way the pandemic became a common experience of intensive long-lasting distress.

Although this is not the first pandemic of the 21st century, it is worth considering its psychological consequences in light of knowledge about environmental or catastrophic crises. Every crisis, as pointed out by Kubacka-Jasiecka [4], can be analysed from various perspectives: 1) loss or disturbance of emotional or psychological balance; 2) blocking or loss of an individual's resources for habitual coping or defending strategies, which were available before; 3) a turning, critical, and world-shaking point that could be followed by the necessity of changing one's life because of the sense of helplessness, powerlessness, or loss of control; 4) a threat to the system of beliefs related to oneself, or possibly, loss of one's identity; or 5) a threat to the existing meaning of life and a system of values. Thus, a crisis is not analysed as a particular situation but rather as the human perception of this event and their reaction to the threatening situation. In this process people realise that their coping strategies might not be as effective as they were before [5].

Every crisis is responsible for some significant circumstances within this process. According to James and Gilliland [5], they are both threats and opportunities, which come with the crisis and include a growth potential, complex symptomatology, lack of quick solutions, necessity to make choices, universality of the crisis, and its uniqueness. Parry [6] pointed out a series of individual experiences of people involved in the crisis. She mentioned: a sense of acute/chronic psychological stress, perceiving the situation as an unexpected one, perceiving the situation in the category of a loss, threat, or challenge, experiencing negative emotions and events, a sense of uncertainty about the future and loss of control, a sudden change in the routine functioning, a state of emotional tension lasting usually from 2 to 6 weeks, and, finally, the necessity to verify and modify one's way of functioning.

As was observed by Sęk [7], every critical event requires some significant changes in adaptive mechanisms within the functional system: human – surroundings – group – environment. A pandemic, as a situation that affects not only individuals but also all communities, possesses characteristics of so-called catastrophic (environmental) disaster. In the face of a pandemic people experience their own individual emotional crises with a population crisis in the background. In such cases people affected by the crisis, as well as typical features of emotional crisis, experience also the sense of disintegration of their

Naukowcy przystąpili do badań nad charakterystyką wirusa, śmiertelnością i pochodzeniem [2], a media i urzędnicy zajmujący się zdrowiem publicznym zaczęli nieustannie i intensywnie komunikować krytyczne informacje [3]. W ten sposób aktualna pandemia stała się kolektywnie dzielonym doświadczeniem intensywnego, długotrwałego dystresu.

Choć to nie pierwsza pandemia XXI w., z całą pewnością warto rozważyć jej psychologiczne konsekwencje w świetle wiedzy dotyczącej kryzysów katastroficznych, środowiskowych. Każdy kryzys, jak zauważa Kubacka-Jasiecka [4], może być rozpatrywany przez pryzmat: 1) utraty bądź zachwiania równowagi emocjonalnej lub psychicznej, 2) zablokowania lub utraty w zasobach jednostki dotychczas dostępnych, nawykowych strategii zaradczych i obronnych, 3) momentu zwrotnego, krytycznego, przełomowego, wymuszającego poprzez doświadczenie bezradności, bezsilności czy utraty kontroli konieczność zmiany życiowej, 4) zagrożenia systemu przekonań dotyczących „ja”, względnie utraty dotychczasowej tożsamości, oraz 5) zagrożenia dotychczasowego sensu życia i systemu wartości. Tym samym kryzys nie jest nigdy rozpatrywany jako sytuacja sama w sobie, ale jako wyraz percepcji tego zdarzenia przez człowieka i jego reakcji na zagrażającą sytuację. W procesie tym człowiek zdaje sobie sprawę, że posiadane przez niego strategie radzenia sobie nie mogą być tak efektywne jak dotychczas [5].

Kryzys stwarza pewne istotne okoliczności dla tego procesu. Zdaniem Jamesa i Gillilanda [5] są nimi cechy zarówno zagrożenia, jak i szansy, które ten kryzys wnosi, potencjał rozwoju, złożona symptomatologia, brak szybkich rozwiązań, konieczność dokonywania wyborów, uniwersalność kryzysu, a zarazem wyjątkowość. Parry [6] zwróciła uwagę na szereg indywidualnych doświadczeń stających się udziałem osób pozostających w kryzysie. Zaliczyła do nich: doświadczenie ostrego lub przewlekłego stresu psychologicznego, przeżywanie wydarzenia jako niespodziewanego, spostrzeganie sytuacji w kategoriach utraty, zagrożenia bądź wyzwania, doświadczanie negatywnych emocji i przeżyć, poczucie niepewności dotyczącej przyszłości oraz utraty kontroli, nagłe naruszenie rutynowych sposobów działania, stan emocjonalnego napięcia utrzymujący się zwykle od 2 do 6 tygodni, a wreszcie – konieczność weryfikacji i zmiany dotychczasowego sposobu działania.

Jak zauważa Sęk [7], krytyczne wydarzenia za każdym razem wymagają pewnych znaczących zmian w mechanizmach przystosowawczych w funkcjonalnym układzie człowiek – otoczenie – grupa – środowisko. Pandemia jako sytuacja dotykająca nie tylko jednostki, ale całe społeczności nosi znamiona tzw. kryzysu katastroficznego (środowiskowego). W jej obliczu indywidualne kryzysy emocjonalne przebiegają na tle kryzysu populacyjnego. W takich przypadkach osoby doświadczające kryzysu, obok typowych cech

beliefs about themselves and the world, a collapse of their system of basic values and the meaning of life, and finally a breaking of the continuity of social contacts [8].

Caplan [9] described four stages of a crisis reaction. At the first stage people suffer from anxiety, which is a part and parcel of any stressful event. If effective strategies of coping with stress are not activated at this stage, the anxiety and psychological stress will increase. During the second stage the anxiety and psychological stress are intensified. At the third phase the anxiety is still growing, and people often start looking for various sources of support. Lack of support or a continuous application of ineffective coping strategies make the chances of a crisis even greater. The last stage is the process of an active crisis, which is characterised by unproductive behaviours. At this stage people remain terrified, their actions are disorganised and unproductive, and the main objective is to obtain a proper orientation towards problem solving and reaching stabilisation and balance. In order to achieve this goal, it is essential to turn to such coping strategies that would be the best in the given situation and time.

COPING WITH CRISIS SITUATIONS

Lazarus and Folkman define coping as “constantly changing cognitive and behavioural efforts to manage specific external and internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person” [10, p. 141]. Coping plays two basic roles: 1) a task-oriented one (problem-oriented, instrumental role) aimed at improving unfavourable relations between the requirements resulting from a particular situation and an individual’s capacities; and 2) a self-regulation role aimed at relieving unpleasant tension and alleviating negative emotional problems. The same coping strategy may serve each of these two functions depending on the context. Emotions do not always hinder the coping process. They may also play an adaptive or informative role as well as energise the process and shape its course. Researchers claim that coping strategies based on emotions may increase agitation and, consequently, mobilisation for action [10]. Folkman and Moskowitz [11] emphasise an adaptive function of emotions as well as the role of social support in the process of coping.

Coping can be considered as a process, as a strategy, or as a style typical of a particular individual [12]. In the context of coping with a crisis situation that lasts over a period of time, as can be observed in the case of a pandemic, the first approach seems to be the most appropriate because it defines coping as a complex structure. It refers to the to-

przeżywanego kryzysu emocjonalnego, prezentują stany dezintegracji przekonań dotyczących siebie samych i świata, rozpad systemu podstawowych wartości i sensu życia czy zerwanie ciągłości więzi społecznych [8].

Caplan [9] opisał cztery fazy doświadczania kryzysu. W pierwszej ludzie przeżywają lęk wpisany w doświadczanie stresującego wydarzenia. Jeśli na tym etapie nie zostaną uruchomione efektywne sposoby radzenia sobie, lęk oraz stres psychologiczny ulegną wzmocnieniu. W fazie drugiej lęk oraz stres psychologiczny podlegają intensyfikacji. W fazie trzeciej lęk w dalszym ciągu przybiera na sile, wobec czego ludzie często zaczynają poszukiwać różnorodnych źródeł wsparcia. Brak wsparcia albo podtrzymanie nieefektywnych mechanizmów radzenia sobie sprawia, że prawdopodobieństwo wystąpienia kryzysu istotnie wzrasta. Czwarta faza to proces aktywnego kryzysu, dla którego typowe jest podejmowanie nieproduktywnych zachowań. Na tym etapie ludzie mogą być przerażeni, ich działania zdezorganizowane i nieproduktywne, a głównym celem staje się ukierunkowanie na sprawne rozwiązanie problemu oraz osiągnięcie stabilizacji i równowagi. Aby tak się stało, niezbędne jest zwrócenie się w kierunku najlepszych dla danej sytuacji w danym momencie strategii radzenia sobie.

RADZENIE SOBIE W SYTUACJI KRYZYSOWEJ

Lazarus i Folkman definiują radzenie sobie jako „stale zmieniające się poznawczo i behawioralnie wysiłki mające na celu opanowanie określonych zewnętrznych i wewnętrznych wymagań, ocenianych przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby” [10, s. 141]. Radzenie sobie pełni dwie podstawowe funkcje: zadaniową (zorientowaną na problem, instrumentalną), ukierunkowaną na poprawę niekorzystnych relacji wymagań sytuacyjnych do możliwości jednostki, oraz związaną z samoregulacją emocjonalną, zorientowaną na obniżenie przykrego napięcia oraz łagodzenie negatywnych stanów emocjonalnych. Ta sama forma radzenia sobie może służyć każdej z obu funkcji, zależy to od kontekstu. Emocje nie zawsze utrudniają radzenie sobie w sytuacji stresowej, mogą odgrywać również rolę adaptacyjną, informacyjną, a także energetyzującą proces, mogą kształtować jego przebieg. Badacze uważają, że radzenie sobie skoncentrowane na emocjach może doprowadzić do zwiększenia pobudzenia, a przez to do większej mobilizacji do działania [10]. Folkman i Moskowitz [11] podkreślają adaptacyjną funkcję emocji, jak również znaczenie społecznego wsparcia w procesie radzenia sobie.

Radzenie sobie bywa rozważane jako proces, jako strategie, a także jako styl właściwy danej jednostce [12]. W kontekście radzenia sobie z sytuacją kryzysową, która rozciąga się w pewnym czasie, jak

tal human activity in a particular stress situation. Thus, it is the sum of various forms of human activity arising from a stressful situation. The character and intensity of all preventive efforts depend on the assessment of individual resources and capacities and on the assessment of the current situation [13]. In this respect, coping can last a long time and be subject to dynamic changes. A decisive factor that is responsible for the course of these changes is the progress of a stressful situation. In the process of coping it is possible to isolate smaller entities, which are smaller activity units. They are called coping strategies or methods.

Coping strategies are defined as cognitive and behavioural efforts taken by an individual in a particular stressful situation [14]. They are acquired following the rules of a learning process, and their efficiency results from their repetitiveness and, consequently, consolidation [15]. They include specific attitudes and behaviours related to a particular situation in a specific time and, therefore, are dependent on the context and the conditions that provoke them [16]. Studies on coping strategies confirmed the idea of the existence of three basic types of strategies: a) problem-focused, b) emotion-focused, and c) avoidance, including loss of control and escape reactions. The first group is aimed at problem-solving. These strategies may include planning, instrumental coping, looking for support or information, as well as confrontation. Their effects may not be productive in the case of situations that cannot be changed or situations that cannot be controlled in any way. In turn, emotion-focused strategies include cognitive-behavioural avoidance, withdrawal, affective release, talking about one's emotions, or ruminations (nagging thoughts) over the problem. Although they often do not relieve emotional discomfort and can even intensify it, they may have some potential for positive effects thanks to attempts to understand what has happened, positive revaluation, or seeking emotional social support.

Folkman and Lazarus [10] emphasise that activities taken by an individual who faces a stressful situation might be aimed at solving the problem or reducing emotions produced as a result of stress. Various coping techniques reflect these two courses of action. Taking into consideration individuals' attitude to stressful information, Heszen [17] distinguishes two groups of strategies: confrontation and avoidance. The former includes various activities aimed at changing a difficult situation, modifying its symptoms, or increasing one's resources for fighting against stress. Avoidance techniques, in turn, are aimed at reducing negative emotions, which might be observed in the form of avoidance, contradiction, denial of information about a stressful situation, re-

w przypadku aktualnej pandemii, szczególnie przydatne wydaje się pierwsze rozumienie, ujmujące radzenie sobie jako złożoną strukturę. Odnosi się ona do całokształtu aktywności człowieka w konkretnej sytuacji stresowej. Jest to zatem ogół zmieniających się form aktywności człowieka powstałych w sytuacji stresowej. Treść i intensywność wszelkich wysiłków zaradczych zależą od oceny własnych zasobów i możliwości oraz od oceny aktualnej sytuacji [13]. Tak rozumiane radzenie sobie może trwać dłuższy czas i podlegać dynamicznym zmianom. Czynnikiem decydującym o przebiegu zmian jest rozwój sytuacji stresowej. W procesie radzenia sobie można wyodrębnić pewne ogniwa, tj. mniejsze jednostki aktywności, określane jako strategie lub sposoby radzenia sobie.

Strategie radzenia sobie to „poznawcze i behawioralne wysiłki, jakie jednostka podejmuje w konkretnej sytuacji stresowej” [14]. Przystawiane są one zgodnie z zasadami uczenia się, a skuteczność jest czynnikiem sprzyjającym ich powtarzalności, a zatem także utrwalaniu [15]. Obejmują określone przekonania czy zachowania w reakcji na daną sytuację w określonym czasie, a zatem są zależne od kontekstu i wyzwalających je warunków [16]. Badania nad strategiami radzenia sobie ugruntowały pogląd o występowaniu trzech podstawowych typów strategii: a) skoncentrowane na problemie, b) skoncentrowane na emocjach, c) unikające, obejmujące utratę kontroli albo reakcje ucieczkowe. Pierwsze ukierunkowane są na rozwiązanie problemu. Do tego rodzaju strategii można zaliczyć planowanie, instrumentalne radzenie, poszukiwanie wsparcia lub informacji czy konfrontację. Efekty tych strategii mogą być nieproduktywne w sytuacjach, które nie mogą zostać zmienione bądź nie podlegają jakiegokolwiek kontroli. Strategie ukierunkowane na regulację emocjonalną obejmują poznawczo-behawioralne unikanie, wycofanie, wyładowanie afektywne, mówienie o emocjach, ruminacje (uporczywe, nawracające procesy myślowe) wokół problemu. Choć często nie sprzyjają one zmniejszaniu dyskomfortu emocjonalnego, a wręcz mogą go intensyfikować, można zidentyfikować wśród nich poszukiwanie znaczenia tego, co się stało, pozytywne przewartościowanie, poszukiwanie emocjonalnego wsparcia społecznego, które mają potencjał wyzwalania pozytywnych efektów.

Folkman i Lazarus [10] podkreślają, że działania jednostki w obliczu stresu mogą być ukierunkowane na rozwiązanie problemu lub redukcję emocji powstałych w wyniku stresu. Różne formy radzenia sobie odpowiadają tym dwóm kierunkom aktywności. Heszen [17] wyróżnia dwie grupy strategii, za kryterium podziału przyjmując stosunek jednostki do sytuacji stresowej, mianowicie: konfrontacyjne i unikowe. Pierwsza grupa obejmuje formy aktywności skierowane na zmianę sytuacji trudnej, jej zewnętrznych wyznaczników lub na powiększenie własnych zasobów do walki ze stresem. Strategie unikowe mają za zadanie

interpretation of this situation, an attempt to notice positive elements apart from negative ones, or diverting attention away from a stressor by changing one's actions [18].

Folkman and Lazarus [10] propose a more specific classification in which they define remedial strategies: searching for information, direct action, refraining from action, and intrapsychic processes [19]. Searching for information consists of analysing a stressful situation with a view to finding information that would be essential to take some specific action or to re-evaluate the danger or harm. This strategy is connected mainly with an instrumental function, which is focused on problem solving. A direct action is connected with an individual's actions aimed at dealing with a stressful situation. These actions may refer to changes in the environment or in the individual. They may be determined by personal features or by the situation. Refraining from acting may sometimes be more beneficial than any action. Intrapsychic processes are cognitive processes whose aim is to regulate emotions; for example, defence mechanisms such as avoiding danger, denial, or projection [20].

Another typology of stress coping strategies was formulated by Ratajczak [19], who defined the following: 1) a preventive strategy, 2) a fight strategy, 3) a self-protective strategy, and 4) an escape strategy. The first strategy is activated by an individual when the threat does not appear yet but is predicted. An individual takes actions that activate their personal resources so as to prepare for a confrontation with a danger. In the case of a real danger the second or the third strategy is activated depending on the assessment of one's own resources. The fight strategy is applied if the assessment of one's own resources is positive and an individual decides to face stress factors. Alternatively, if an individual decides to save strength and resources, isolates himself/herself, or believes that the danger will disappear on its own, a self-protective strategy is applied. An escape-strategy is the one that remains if none of the previous strategies can avert a danger.

Studies show that experienced emotions lead to a choice of particular strategies and chosen strategies provoke particular emotions [21]. People who experience anger or anxiety are more likely to choose active coping strategies, whereas those who experience sadness would rather opt for passive strategies such as avoidance of accepting problems [22]. Adequately applied strategies help to cope with stress [23] and its consequences, including negative emotions [24]. Obviously, possessing a variety of coping strategies makes it easier to apply the ones that are appropriate to a given situation; however, flexibility and efficiency of these strategies are also important.

redukcję niekorzystnych emocji, co może się przejawiać unikaniem, zaprzeczaniem bądź wypieraniem informacji o zdarzeniu stresowym, reinterpretację sytuacji, czyli dostrzeganie w niej obok elementów negatywnych także korzystnych, jak również odwracanie uwagi od stresora przez zmianę aktywności [18].

Folkman i Lazarus [10] proponują bardziej specyficzną klasyfikację, w której wyodrębnili następujące strategie radcze: poszukiwanie informacji, bezpośrednie działanie, powstrzymywanie się od działania oraz procesy intrapsychiczne [19]. Poszukiwanie informacji polega na analizie sytuacji stresowej, której celem będzie zdobycie informacji, wiedzy niezbędnej do podjęcia konkretnych działań lub przewartościowania zagrożenia bądź szkody. Ta strategia wiąże się głównie z funkcją instrumentalną, ukierunkowaną na rozwiązanie problemu. Bezpośrednie działanie jest powiązane z aktywnością jednostki, której celem jest uporanie się z sytuacją stresową. Działanie to może dotyczyć zmiany w otoczeniu lub w samej jednostce. Może być zdeterminowane przez cechy osobowościowe lub cechy sytuacji. Powstrzymywanie się od działania bywa czasami korzystniejsze od działania. Procesy intrapsychiczne to procesy poznawcze, które mają na celu regulację emocji, np. mechanizmy obronne, takie jak unikanie zagrożenia, zaprzeczanie, projekcja [20].

Inną typologię strategii radzenia sobie ze stresem sformułował Ratajczak [19], który wyodrębnił: 1) strategię prewencyjną, 2) strategię walki, 3) strategię ochrony siebie, 4) strategię ucieczki. Pierwsza strategia uruchamiana jest przez jednostkę, gdy zagrożenie jeszcze nie występuje, ale jest przewidywane. Podejmowane działania służą aktywizacji osobistych zasobów w celu przygotowania się do konfrontacji z zagrożeniem. W sytuacji realnego zagrożenia uruchomiona zostaje jedna z dwóch następnych strategii, zależy to od oceny własnych zasobów. Strategia walki jest stosowana wówczas, gdy ocena zasobów jest pozytywna i jednostka podejmuje zmagania z czynnikami, które stanowią źródło stresu. Gdy podmiot oszczędza siły i środki, izoluje się lub istnieje w przekonaniu, że zagrożenie samoistnie zniknie, jest to przejaw strategii ochronnej. Jeśli żadna z wcześniejszych strategii nie usunie zagrożenia, pozostaje strategia ucieczki.

Badania wskazują, że przeżywane emocje wpływają na wybór określonych strategii, a wybierane strategie sprzyjają doświadczaniu określonych emocji [21]. Osoby doświadczające złości czy lęku częściej preferują aktywne strategie radzenia sobie, podczas gdy osoby doświadczające smutku – strategie nieaktywne, takie jak unikanie czy akceptowanie problemów [22]. Adekwatnie zastosowane strategie sprzyjają poradzeniu sobie ze stresem [23] oraz jego skutkami, w tym negatywnymi emocjami [24]. Stosowaniu strategii odpowiednich do sytuacji pomaga, co oczywiste, różnorodność posiadanych strategii, lecz także elastyczność oraz skuteczność ich stosowania.

COPING WITH AN EPIDEMIC CRISIS

Clark [25], writing about a crisis, pointed out its three principal elements: time pressure, the possibility of real danger, an element of surprise, and the fact that it results from both a real danger and the situation in which it appears. These three features of a crisis situation are reflected in the situation of a crisis caused by an epidemic or pandemic. Because of a possible health hazard, the worldwide struggle with the spreading SARS-CoV-2 virus calls for immediate solutions. The scale of the phenomenon, during which the whole global society struggles with the virus, is undoubtedly an element of surprise. The ongoing pandemic crisis results not only from an epidemiologic hazard but also from other significant circumstances such as a long incubation time along with advanced globalisation, fast movement of people, and climatic changes that are conducive to the virus spread, etc. In the case of the ongoing pandemic it is possible to observe features that make it an extreme experience. They include the spread and range of the pandemic involving diverse and remote social groups, a danger of contracting SARS-CoV-2 virus related to both somatic and psychological spheres (e.g. influencing the form and character of social interactions), or a highly limited possibility of control. These three features of the ongoing world epidemiologic situation appear, in different proportions, in considerations about individuals' reactions to the situation. For instance, Liu *et al.* [26], in their study on the factors affecting work adaptation of healthcare workers during COVID-19 pandemic, point out a series of factors that increase a potential individual's burden resulting from this situation. These factors include the fact that COVID-19 is human-to-human transmissible, associated with high morbidity, and potentially fatal. Moreover, a predicted depletion of personal protection equipment was mentioned as well as an ever-increasing number of confirmed and suspected cases. Doherty [27], in turn, in his book mentions a slightly different and particularly burdening social experience resulting from the SARS epidemic outbreak of 2002-2003. First and foremost, a sudden outbreak of the disease confronted the suffering of numerous individuals with the state of ignorance about the causes of the disease and the ways in which it was transmitted. The second factor was a distinct ambiguity between the observed pathogenic mechanism and the mechanisms that had been observed before. Finally, both healthcare workers and patients were the ones most vulnerable to infection.

Working during a pandemic is a particular challenge for nurses because they put their life and health at risk while performing their daily professional duties, which is accompanied by intensified

RADZENIE SOBIE Z KRYZYSEM EPIDEMII

Clark [25], pisząc o kryzysie, zwrócił uwagę na trzy jego zasadnicze elementy, tj. presję czasu, ewentualność zasadniczego zagrożenia i zaskoczenie, oraz fakt, że jest ono rezultatem zarówno niebezpieczeństwa, jak i okoliczności, w jakich ono występuje. Te trzy cechy sytuacji kryzysowej znajdują odzwierciedlenie w przypadku kryzysu związanego z epidemią bądź pandemią. Ogólnoświatowa walka z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2, z uwagi na potencjalne zagrożenie zdrowotne, jakie niesie, wymaga natychmiastowych rozstrzygnięć. Skala zjawiska, z jaką mierzy się obecnie globalne społeczeństwo, wniosła element zaskoczenia. Sam kryzys, jaki spowodowała pandemia, jest natomiast pochodną nie tylko zagrożenia epidemiologicznego, lecz także pewnych istotnych okoliczności, takich jak długi czas inkubacji przy dalece posuniętej globalizacji, szybkość przemieszczania się ludzi, zmiany klimatyczne sprzyjające rozwojowi wirusa itp. W sytuacji pandemii można wyodrębnić takie cechy, które czynią to doświadczenie skrajnym. Jako takie można rozpatrywać jej rozpowszechnienie i zasięg obejmujący różnicowane i odległe grupy społeczne, zagrożenie wpisane w zakażenie wirusem SARS-CoV-2, dotyczące zarówno sfery somatycznej, jak i psychicznej (np. poprzez oddziaływanie na kształt i przebieg interakcji społecznych), czy też dalece ograniczoną możliwość jej kontrolowania. Te trzy właściwości obecnej sytuacji epidemiologicznej na świecie zostały, choć w różnych proporcjach, ujęte w rozważaniach dotyczących reakcji jednostek na aktualną sytuację. Liu i wsp. [26] w pracy dotyczącej czynników warunkujących adaptację personelu medycznego do pracy w czasie pandemii COVID-19 zwracają uwagę na szereg czynników, które zwiększają potencjalne jednostkowe obciążenie wynikające z zaistniałej sytuacji, a wśród nich na możliwość transmisji wirusa z człowieka na człowieka, wysoką zachorowalność i potencjalną śmiertelność, przewidywane ograniczone zapasy środków ochrony osobistej oraz systematyczny wzrost liczby osób podejrzanych o zakażenie bądź zakażonych. Na nieco inne, szczególnie obciążające doświadczenia społeczne w reakcji na epidemię SARS w latach 2002–2003 zwracał uwagę Doherty [27]. Pierwszym jest nagłe wystąpienie zachorowań, które zestawilo cierpienie jednostek ze stanem niewiedzy zarówno o przyczynach, jak i sposobie rozprzestrzeniania się wirusa. Za drugie można uznać wyraźną niejednoznaczność obserwowanego mechanizmu patogenego w stosunku do dotychczas obserwowanego. Wreszcie zarówno personel medyczny, jak i pacjenci pozostawali osobami szczególnie zagrożonymi zainfekowaniem.

Praca w warunkach pandemii jest szczególnym wyzwaniem dla pielęgniarek i pielęgniarzy, którzy wykonując codzienne aktywności zawodowe, są narażeni na ryzyko utraty życia lub zdrowia, czemu

daily professional stress. Due to understaffing, the intensity of daily burdening stimuli is significantly higher for every person in the physical, cognitive, and environmental dimensions, which accounts for psychological overburden and the disorders that may be its direct results. The nurses who worked during the SARS epidemic feared contracting the disease, yet to the same or even greater extent they feared infecting their relatives, friends, or other people [28, 29]. Because of a long potential period of virus incubation, a lot of healthcare workers who were afraid that they might infect their relatives or friends decided to move out and live away from their family, even at the cost of losing an important source of social support. A relatively high indicator (over 50%) of the perceived low control over the chance of being infected was observed among nurses [29]. It was pointed out in empirical analyses that the experienced acute psychological stress, work overload, and frequent changes within professional routine made it very difficult for numerous healthcare workers to follow all recommendations aimed at preventing the disease from spreading.

It was only one of the factors responsible for the perceived sense of helplessness, loss of control, uncertainty, reluctance towards professional duties that were performed previously, or experienced inner conflicts about willingness to continue to perform professional duties, which were pointed out in a number of analyses of a psychological situation of professionally active healthcare workers during the SARS epidemic [30–34]. The aforementioned experiences and inner conflicts are still relevant during the ongoing pandemic. A growing number of confirmed and suspected cases of SARS-CoV-2 disease causes healthcare workers to experience anxiety associated with potential contagion and its severe consequences both for them and for other people they interact with either deliberately or incidentally. As a consequence, they may experience the sense of loneliness, desperation or psychogenic insomnia [35]. Another emotional burden caused by the ongoing pandemic is anxiety caused by uncertainty about one's health and the health of one's family and friends, which is experienced by these members of medical staff who have to undergo obligatory isolation. Quarantined healthcare workers experience social rejection, a sense of financial loss and its consequences, as well as discrimination and stigmatisation targeted at medical staff because of their presumed higher chance of transmitting the infection. These problems have already been reported in foreign research studies [36–38]. Such experiences account for the incidence of various aversive psychological reactions among healthcare workers. They may take the form of acute psychological stress, depression, or anxiety disorders. The significance of a correlation

towarzyszy zintensyfikowany codzienny stres zawodowy. Z powodu zmniejszenia sił kadrowych udział codziennych obciążających bodźców w wymiarze fizycznym, poznawczym, środowiskowym każdej osoby jest istotnie bardziej nasilony, co sprzyja psychologicznemu obciążeniu, jak również zaburzeniom będącym jego bezpośrednim skutkiem. Pielęgniarki pracujące podczas epidemii SARS odczuwały lęk o zainfekowanie siebie, jednak równie silnie albo silniej obawiały się możliwości zainfekowania osób bliskich albo innych [28, 29]. Z uwagi na długotrwały okres inkubacji wirusa wielu pracowników ochrony zdrowia, w obawie o niezamierzone zainfekowanie członków rodziny lub znajomych, zdecydowało się zamieszkać z daleka od najbliższego otoczenia, nawet kosztem utraty ważnego źródła wsparcia społecznego. Jednocześnie wśród ponad połowy badanych pielęgniarek odnotowano niskie poczucie kontroli nad możliwością uniknięcia infekcji [29]. W analizach empirycznych zwracano uwagę na fakt, że doświadczany silny stres psychologiczny, przeciążenie zawodowe, częste zmiany w obrębie zawodowej rutyny sprawiały, że dla wielu członków zespołu medycznego stosowanie się do wszystkich zaleceń mających pomóc w uniknięciu infekcji było dużą trudnością.

To zaledwie jeden z czynników poczucia bezradności, utraty kontroli, niepewności, oporu wobec wykonywania dotychczasowych obowiązków zawodowych czy przeżywanych konfliktów wewnętrznych dotyczących gotowości do dalszej pracy, uwidocznionych w wielu analizach sytuacji psychologicznej pracowników medycznych czynnych zawodowo w czasie epidemii SARS [30–34]. W przypadku obecnej pandemii powyższe przeżycia i doświadczane konflikty wewnętrzne wciąż są aktualne. Kolejne diagnozy i podejrzenia zakażenia wirusem SARS-CoV-2 wywołują u personelu medycznego lęk przed potencjalnym zakażeniem oraz jego ciężkimi konsekwencjami zdrowotnymi zarówno dla członków zespołu medycznego, jak i osób, z którymi wchodzi w zamierzone czy incydentalne interakcje. Konsekwencją może być uczucie osamotnienia, desperacji czy psychogenna bezsenność [35]. Innym obciążającym emocjonalnie doświadczeniem w czasie pandemii jest lęk związany z niepewnością o status zdrowotny swój i osób bliskich wśród tych członków personelu, którzy poddawani są obowiązkowej izolacji. Doświadczeniem personelu przebywającego na kwarantannie staje się społeczne odrzucenie, straty finansowe i ich konsekwencje, ale także dyskryminacja i stygmatyzacja z powodu przypisywanej większej możliwości przenoszenia zakażenia. Tego rodzaju trudności wśród personelu medycznego są już raportowane w zagranicznych doniesieniach badawczych [36–38]. Opisywane doświadczenia sprzyjają występowaniu różnorodnych awersyjnych reakcji psychologicznych u personelu medycznego. Przyjmują one postać silnego stresu psychologicznego, zaburzeń

among the aforementioned individual experiences of healthcare workers and an assessment of various aspects of crisis situations is shown by the findings that emphasise that the proximity of the sphere of the greatest danger or the experience of obligatory quarantine are important predictors of the incidence of more severe disorders in psychological functioning of professionally active medical staff during the SARS epidemic or SARS-CoV-2 pandemic [26, 31].

A meta-analysis of the problem of stress and coping created by Kwak, Zaczek, and Wilczek-Różycka [39] allowed the observation of some differences in the efficiency of coping strategies mentioned by Polish nurses, depending on the applied research tool. The studies in which the Ways of Coping Questionnaire (WCQ) was used showed that when confronted with stress, healthcare workers usually resort to strategies such as concentrating on the problem, seeking support, or escapism and avoidance – according to some analyses, whereas according to others the respondents opt for wishful thinking, self-blaming, and fighting. On the other hand, studies that used the Coping Orientation to Problems Experienced (COPE) inventory showed a significant prevalence of active coping strategies and seeking support over all other applied strategies. The dominating character of task-focused strategies was also observed in the findings of analyses conducted with the application of the Coping Inventory for Stressful Situations (CISS). However, it is worth pointing out that the application of the questionnaire that indicated the incidence of emotion- or avoidance-focused strategies along with problem-focused strategies is seen in older studies (conducted before 2010), and they were partially carried out in groups of nursing students. The most up-to-date studies conducted in a group of Polish nurses show that the most frequent strategies of coping with various stressors include active coping, planning, getting involved in other activities, seeking emotional support, as well as a positive revaluation or development. The least popular strategies were denial, sense of humour, refraining from action, taking psychoactive substances, or seeking specialist help [40–42].

Although the studies do not refer to the process of coping with the pandemic crisis, they are significant because they define some repertoire of coping strategies available to Polish nurses. As was indicated before, every crisis inevitably verifies the affected individual's set of coping strategies. Because of the character of a particular stressful situation, the strategies that have been applied before may turn out to be insufficient; nevertheless, an analysis of the previously applied strategies and their efficiency will be important from the perspective of individual choices and introducing coping strategies in a given crisis situation. The studies carried out in healthcare

depressyjnych czy lękowych. O roli relacji pomiędzy wyżej wymienionymi indywidualnymi doświadczeniami personelu a oceną różnych aspektów sytuacji kryzysowej świadczą wyniki wskazujące na znaczenie bliskości strefy największego zagrożenia czy doświadczenia przymusowej kwarantanny jako istotnych predyktorów wystąpienia bardziej nasilonych zaburzeń funkcjonowania psychologicznego wśród personelu czynnego zawodowo w czasie epidemii SARS oraz pandemii SARS-CoV-2 [26, 31].

Metaanaliza obejmująca zagadnienia stresu i radzenia sobie autorstwa Kwak, Zaczek i Wilczek-Różyckiej [39] pozwoliła zaobserwować pewne różnice we wskazywanych przez polskie pielęgniarki strategiach radzenia sobie w zależności od użytego w badaniach narzędzia. W badaniach z wykorzystaniem Kwestionariusza do badania strategii radzenia sobie ze stresem (WCQ) odnotowano, że w konfrontacji ze stresem pielęgniarki najczęściej sięgają po takie strategie, jak koncentracja na problemie, poszukiwanie wsparcia oraz ucieczka, unikanie – wg części analiz, oraz myślenie życzeniowe, obwinianie się i walka wg pozostałych. Badania z wykorzystaniem Wielowymiarowego inwentarza do pomiaru radzenia sobie ze stresem (COPE) wskazywały na znaczną przewagę strategii aktywnego radzenia sobie oraz poszukiwania wsparcia wśród ogółu stosowanych strategii. Na dominujący udział strategii zadaniowych wskazywały także wyniki analiz z wykorzystaniem Kwestionariusza do diagnozowania stylów radzenia sobie ze stresem (CISS). Warto podkreślić, że badania z zastosowaniem kwestionariusza wskazującego na udział strategii skoncentrowanych na emocjach oraz unikowych, obok strategii skoncentrowanych na problemie, są badaniami starszymi (do 2010 r.) oraz częściowo obejmującymi jako badane grupy studentki pielęgniarstwa. Najbardziej aktualne badania przeprowadzone wśród polskich pielęgniarek wskazują, że najczęściej stosowanymi strategiami radzenia sobie z różnorodnymi stresorami są aktywne radzenie sobie, planowanie, zajmowanie się innymi aktywnościami, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego, pozytywne przewartościowanie i rozwój. Najmniej popularne były natomiast zaprzeczanie, poczucie humoru, zaprzestanie działań, zażywanie substancji psychoaktywnych i poszukiwanie specjalistycznej pomocy [40–42].

Przytoczone badania, choć nie dotyczą radzenia sobie z kryzysem w okresie pandemii, są istotne, gdyż wskazują na pewien repertuar strategii pozostających w dyspozycji polskich pielęgniarek. Jak wskazywano wcześniej, każdy kryzys nieuchronnie weryfikuje strategie dotychczas posiadane przez doświadczające go jednostki. Z uwagi na cechy sytuacji kryzysowej stosowane do tej pory strategie mogą się okazać niewystarczające, niemniej analiza dotychczas stosowanych strategii radzenia sobie oraz ich skuteczności będzie istotna z punktu widzenia jednostkowych wyborów

workers during the SARS epidemic show that the aforementioned coping strategies typical for Polish nurses, for example planning or positive reevaluation, remain in the group of the most commonly applied strategies among people working during the time of an epidemic [33, 34]. These findings are even more optimistic taking into account the fact that further research proved the importance of positive cognition on relieving a negative, psychological effects of epidemic crisis experience in healthcare workers group [32, 43]. They are strategies that allow the definition of any positive effects of a crisis experience such as increased awareness of the necessity to take care of one's health, strengthening the relations with family and friends, or a sense of community, which were the aspects mentioned by medical staff working during the SARS epidemic.

The first studies of nurses working during the COVID-19 epidemic were carried out in China, and they indicated that in comparison to nursing students, people who have already been working as nurses not only show more intense reactions to the experienced crisis but also remain more pro-active and apply more problem-focused strategies than emotion-focused ones [44, 45]. The studies also showed a more frequent application of problem-focused strategies in a female group and an opposite trend for emotion-focused strategies in the same group. What is important, if healthcare workers were from societies in which some cases of COVID-19 were diagnosed, an increase in emotion-focused coping strategies could be observed. In the aforementioned studies some interesting correlations were observed between emotional experience reported by nurses and their choice of stress coping strategies. The more anger the respondents experienced, the more likely they were to choose emotion-focused coping strategies. On the other hand, the more anxiety they felt, the more likely they were to resort to problem-focused coping. An analysis of reversed relations led to conclusions that problem-focused coping was likely to accompany emotions such as anxiety, sadness, or anger. It might have been expected that in the case of medical staff involved in providing nursing care during an epidemic or pandemic, which are characterised by a certain phase pattern, the coping process is dynamic as well. It seems to have been confirmed by the outcomes of studies conducted in a group of Taiwanese nurse managers who were professionally active during the SARS pandemic [46]. The studies showed that within the analysed 12 weeks of working during an epidemic, nurse managers' involvement in their duties had a gradual character. First, the respondents experienced shock and chaos, after which they started looking for reliable sources of information in order to dispel myths about the epidemic. Afterwards, they started to develop

i wdrażania strategii radzenia sobie w odniesieniu do konkretnej sytuacji kryzysowej. Badania personelu medycznego zaangażowanego w pomoc w trakcie epidemii SARS wskazują, że wyżej wymienione strategie radzenia sobie, jak na przykład planowanie czy pozytywne przeformułowanie, powszechne wśród polskich pielęgniarek, znalazły się wśród najczęściej stosowanych strategii w czasie pracy w dobie epidemii [33, 34]. Jest to tym bardziej optymistyczne, że kolejne badania wskazywały na znaczenie pozytywnego poznania w łagodzeniu negatywnych, psychologicznych skutków doświadczenia kryzysu epidemii przez personel medyczny [32, 43]. Strategie te umożliwiały poszukiwanie jakichkolwiek pozytywnych skutków kryzysowego doświadczenia (jak wzrost świadomości dbałości o zdrowie, wzmocnienie relacji z najbliższymi osobami, poczucie wspólnoty), na które wskazywał personel medyczny pracujący w czasie epidemii SARS.

Pierwsze badania dotyczące pielęgniarek pracujących w warunkach pandemii COVID-19, realizowane na terenie Chin, wskazują, że w porównaniu ze studentami pielęgniarstwa osoby już pracujące w zawodzie pielęgniarek czy pielęgniarzy nie tylko prezentowały bardziej intensywne reakcje wobec doświadczanego kryzysu, ale też były bardziej proaktywne, stosując większą liczbę strategii skoncentrowanych na problemie aniżeli strategii skoncentrowanych na emocjach [44, 45]. Badania uwiaryściły także częstsze stosowanie strategii skoncentrowanych na problemie wśród kobiet oraz odwrotne zależności dla strategii skoncentrowanych na emocjach. Co ważne, w przypadku gdy osoby badane rekrutowano ze społeczności, w których były diagnozowane przypadki zachorowań na COVID-19, wzrastał udział strategii skoncentrowanych na emocjach. Ciekawe zależności w cytowanych badaniach dotyczyły związku zgłaszanych przez pielęgniarki doświadczeń emocjonalnych ze stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem. Im więcej złości doświadczały osoby badane, tym częściej wybierały one strategie skoncentrowane na emocjach. Z drugiej strony, im więcej odczuwały lęku, tym częściej stosowały strategie skoncentrowane na problemie. Poszukując odwrotnych zależności, odnotowano, że strategie zadaniowe sprzyjały częstszemu przeżywaniu takich emocji, jak lęk, smutek czy złość. Należałoby także oczekiwać, że radzenie sobie przez personel medyczny zaangażowany w udzielanie pomocy w czasie epidemii czy pandemii, które cechuje fazowość, ma także pewną dynamikę. Wydaje się, że potwierdzają to badania z udziałem tajwańskich przełożonych pielęgniarek aktywnych zawodowo w czasie pandemii SARS [46]. Uwiaryściły one, że w ciągu 12 tygodni objętych analizami zaangażowanie w pracę pielęgniarek pełniących funkcje kierownicze w dobie epidemii przebiegało etapowo. Początkowo osoby badane doświadczały szoku i chaosu, potem zaczynały poszukiwać wiarygodnych źródeł informacji w celu wyjaśnienia

and adjust the process of nursing care, and then provide support to other nurses and patients and finally – reward the nurses. These studies showed that even coping with a situational crisis by means of emotional self-regulation may gradually develop into problem-focused coping. They also proved that nurse managers possess appropriate skills necessary to activate coping mechanisms in the face of a new unknown crisis situation. This force may in turn trigger adaptive coping mechanisms among other team members.

SUMMARY

The ongoing epidemic situation gives rise to questions about the chances to activate the best possible adaptive strategies of coping with the crisis in Polish nurses. The first empiric reports coming from foreign research centres, mainly Asian ones, are reassuring. According to them, despite the crisis situation, nurses possess sufficient resources to activate constructive strategies of coping with this situation. A conclusion drawn from Polish studies that were conducted before the outbreak of the pandemic is comforting as well, as it proves that Polish nurses within the last decade have managed to develop the skills and capacities necessary to cope with the effects of the psychological stress that they experience. Individual and collective capacities to apply them in the present circumstances still need to be examined. The potential efficiency of the actions that are taken in these days in order to cope with the effects of the experienced crisis will certainly need long-term observation.

Disclosure

The authors declare no conflict of interest.

References/Piśmiennictwo

1. World Health Organization (2020). Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected: interim guidance. 13 March, 2020. [https://www.who.int/internalpublications-detail/clinicalmanagement-of-severe-acute-respiratoryinfection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/internalpublications-detail/clinicalmanagement-of-severe-acute-respiratoryinfection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected) (access: 5.04.2020)
2. Perlman S. Another decade, another coronavirus. *N Engl J Med* 2020; 382: 760-762.
3. Garfin D, Silver R, Holman A. The novel coronavirus (COVID-2019) outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure. *Health Psychology* 2020 (advance online publication).
4. Kubacka-Jasiecka D. Kryzys emocjonalny i trauma szansą na rozwój i potęgowanie zdrowia. Wątpliwości i pytania. *Rocznik Filozoficzny Ignatianum* 2016; 22: 51-89.
5. Gilliland BE, James RK. *Crisis Intervention Strategies* (7th ed.). Thomson Brooks/Cole, Belmont, CA 2013.
6. Parry G. *Coping with Crises. Problems in Practise Series*. The British Psychological Society and Routledge Ltd, London 1991.
7. Sęk H. Life stress in various domains and perceived effectiveness of social support. *Polish Psychological Bulletin* 1991; 22: 150-161.
8. Kubacka-Jasiecka D. Interwencja w społeczności – trzeci nurt interwencji kryzysowej. In: *Interwencja kryzysowa*. Kubacka-Jasiecka D, Passowicz P. Konteksty indywidualne i społeczne. Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2016.

mitów dotyczących epidemii. Po tym etapie następowało rozwijanie i dostosowywanie opieki pielęgniarskiej, a w dalszej kolejności wspieranie podległych pielęgniarek oraz pacjentów i wreszcie – nagradzanie pielęgniarek. Badania te pozwalają wnioskować, że nawet radzenie sobie z sytuacyjnym kryzysem, realizujące funkcję samoregulacji emocjonalnej, na kolejnych etapach może się płynnie przekształcić w radzenie sobie o dominującej funkcji problemowej. Badania te pokazują zarazem, że bezpośredni przełożeni pielęgniarek i pielęgniarzy mają możliwość uruchomienia mechanizmów zaradczych nawet w nowej, dotychczas nieznanej sytuacji kryzysowej. Ta siła sprzyja z kolei wyzwoleniu adaptacyjnych mechanizmów radzenia wśród pozostałych członków zespołu.

PODSUMOWANIE

Obecna sytuacja epidemiologiczna skłania do formułowania pytań o możliwości uruchomienia najbardziej adaptacyjnych strategii poradzenia sobie z zaistniałą sytuacją w grupie polskich pielęgniarek i pielęgniarzy. Pierwsze doniesienia empiryczne z zagranicznych ośrodków badawczych, głównie azjatyckich, są uspokajające: pielęgniarki i pielęgniarze mimo kryzysowego obrazu sytuacji mają zasoby wystarczające do uruchomienia konstruktywnych strategii radzenia sobie. Krzepiący jest także wniosek płynący z rodzimych badań w okresie poprzedzającym wystąpienie pandemii: polskie pielęgniarki w ostatniej dekadzie rozwinęły zdolności radzenia sobie ze skutkami doświadczanego stresu psychologicznego. Indywidualne i zbiorowe możliwości transmisji tych umiejętności na aktualne doświadczenia, jak również ich uwarunkowania, wymagają poznania. Ewentualna skuteczność podejmowanych dzisiaj aktywności w celu poradzenia sobie ze skutkami doświadczanego kryzysu będzie z całą pewnością wymagać długoterminowej obserwacji.

Oświadczenie

Autorki deklarują brak konfliktu interesów.

9. Caplan G. Principles of Preventive Psychiatry. Basic Books, New York 1964.
10. Lazarus RS, Folkman FS. Stress, appraisal and coping. Springer, New York 1984.
11. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: Pitfalls and Promise. *Ann Rev Psychology* 2004; 55: 745-774.
12. Heszen I. Psychologia stresu. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013.
13. Psychospołeczne uwarunkowania zachowań jednostek i grup społecznych w sytuacjach zagrożeń. Loranty K (ed.). Wybrane problemy. Wydawnictwo Akademii Obrony Narodowej, Warszawa 2010.
14. Łosiak W. Procesy radzenia sobie, ocena sytuacji i zaangażowanie wartości. *Przegląd Psychologiczny* 1992; 4: 485-495.
15. Heszen-Niejodek I. Styl radzenia sobie ze stresem: fakty i kontrowersje. *Czasopismo Psychologiczne* 1997; 3: 7-21.
16. Piemontesi ES, Heredia DE, Furlan LA, et al. Test anxiety and coping styles with academic stress in university students. *Ann Psychol* 2012; 28: 89-96.
17. Heszen I. Zachowanie celowe i reaktywne jako komplementarne formy radzenia sobie w sytuacji stresowej. *Przegląd Psychologiczny* 2011; 1: 47-66.
18. Heszen-Niejodek I. Stres i radzenie sobie – główne kontrowersje. In: Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne. Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z (eds.). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1996; 12-44.
19. Ratajczak Z. Stres – radzenie sobie – koszty psychologiczne. In: Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne. Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z (eds.). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1996; 65-88.
20. Terelak JF. Człowiek i stres: koncepcje, źródła, reakcje, radzenia sobie, modyfikatory. "Branta", Warszawa 2008.
21. Frijda NH. Emotions are functional, most of the time. In: The nature of emotion: Fundamental questions. Ekman P, Davidson RJ (eds.). Oxford University Press, New York 1994; 112-122.
22. Charles ST, Reynolds CA, Gatz M. Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *J Pers Soc Psychol* 2001; 80: 136-151.
23. Folkman S, Lazarus R, Pimley S, et al. Age differences in stress and coping processes. *Psychol Aging* 1987; 2: 171-184.
24. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav* 1980; 21: 219-231.
25. Clark M. Charakterystyka zachowania się w kryzysie. NATO, Bruksela 1995.
26. Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease. *JAMA Netw Open* 2020; 3: e203976.
27. Doherty PC. Pandemics: What Everyone Needs to Know. Oxford University Press, New York 2013.
28. Ho SM, Kwong-Lo RS, Mak CW, Wong JS. Fear of severe acute respiratory syndrome (SARS) among health care workers. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73: 344-349.
29. Mauder R, Hunter J, Vincent L, et al. The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital *CMAJ* 2003; 168: 1245-1251.
30. Bai Y, Lin CC, Lin CY, et al. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatr Serv* 2004; 55: 1055-1057.
31. Chua SE, Cheung V, Mc Alonan GM, et al. Stress and psychological impact on SARS patients during the outbreak. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 385-390.
32. Lee SH, Juang YY, Lee HL, et al. Facing SARS: psychological impacts on SARS team nurses and psychiatric services in a Taiwan general hospital. *Gen Hosp Psychiatry* 2005; 27: 352-358.
33. Wong TW, Yau JK, Chan CL, et al. The psychological impact of severe acute respiratory syndrome on healthcare workers in emergency departments and how they cope. *Eur J Emerg Med* 2005; 12: 13-18.
34. Chua SE, Cheung V, Cheung C, et al. Psychological effects of the SARS outbreak in Hong Kong on high-risk health-care workers. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 391-393.
35. Xiang YT, Yang Y, Li W, et al. Timely mental health care for the 2019 novel Coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry* 2020; 7: 228-229.
36. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020; 395: 912-920.
37. Kang L, Li Y, Hu S, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry* 2020; 7: e14.
38. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, et al. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci* 2020; 74: 281-282.
39. Kwak M, Zaczek I, Wilczek-Rużycka E. Stres i style radzenia sobie z nim przez polskie pielęgniarki – metaanaliza badań. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2018; 24: 120-125.
40. Grochowska A, Bodys-Cupak I, Korus M. Sposoby radzenia sobie przez pielęgniarki pracujące na oddziałach pediatrycznych. *Polish Nursing* 2017; 63: 97-104.
41. Siemianowska T, Podsiadły D, Ślusarz R. Reakcje na sytuacje stresowe w opinii pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach zachowawczych. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2018; 4: 9-23.
42. Śniegocka M, Śniegocki M. Analiza sposobów odpowiedzi na stres zawodowy wśród pielęgniarek. *Nursing Topics* 2014; 22: 503-510.
43. Tam CW, Pang EP, Lam LC, et al. Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: Stress and psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychol Med* 2004; 34: 1197-1204.
44. Huang L, Xu FM, Liu HR. Emotional responses and coping strategies of nurses and nursing college students during COVID-19 outbreak. *medRxiv* 2020.
45. Xu MC, Zhang Y. Psychological survey of the first-line clinical front-line support nurses to combat new coronavirus-infected pneumonia. *Nurs Res China* 2020; 34: 368-370.
46. Shih FJ, Turale S, Lin YS, et al. Surviving a life-threatening crisis: Taiwan's nurse leaders' reflections and difficulties fighting the SARS epidemic. *J Clin Nurs* 2009; 18: 3391-3400.